Beitrag zur

Casuistik der Psychosen

bei acuten fieberhaften Erkrankungen.

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

CASIMIR VON POKLATECKI

aus Gnesen

approb. Arzt.

STRASSBURG

Universitäts-Buchdruckerei v. J. H. Ed. Heitz (Heitz & Mündel)

Schlauchgasse, 5.

—

1886.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Jolly.**

Es ist nicht meine Absicht, den nachstehenden Mittheilungen über die Beziehungen von Geistesstörungen zu akuten fieberhaften Krankheiten eine literarisch-geschichtliche Zusammenstellung sämmtlicher auf unser Thema bezüglichen Arbeiten voranzustellen, da dies schon anderweitig in der möglichst ausführlichen Weise geschehen ist, nämlich in den bald zu erwähnenden Arbeiten von Kraepelin und Müller, welche beide fast gleichzeitig und unabhängig von einander im Jahre 1880 erschienen sind.

Es sei mir jedoch gestattet, die in den letzten 6 Jahren veröffentlichten Arbeiten, die unser Thema behandeln, sowohl diejenigen, welche allgemeinen Inhalts sind, als auch solche, welche entweder uns casuistische Beiträge geben oder nur eine specielle acute fieberhafte Erkrankung mit den im Verlauf

derselben auftretenden geistigen Störungen als Gegenstand der Betrachtung aufweisen, — zusammenzustellen.

Kraepelin: Ueber den Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Archiv für Psychiatrie, Band 11 u. 12.

Müller, Franz: Ueber psychische Erkrankungen bei acuten fieberhaften Krankheiten. Strassburger Inauguraldissertation, Kiel 1880.

Mendel: Die Psychosen in Gefolge acuter somatischer Erkrankungen. Deutsche medic. Wochenschrift, 1882. 19.

Kirn: Zur Casuistik der Psychosen in Gefolge febriler Erkrankungen. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 39.

Mabille: Ueber die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Wechselfieber. Ann. méd. psychol. 1880, 6, VI.

Rabuske: Manie nach Scarlatina. Deutsche med. Wochenschrift VII, 41.

Mitchel, R.: Scharlachfieber complicirt mit acuter Manie. Edinb. med. Journ. XXVII.

Hagen: Ueber Nierenkrankheiten als Ursache von Geisteskrankheiten. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 38.

Müller: Ueber Geistesstörung im Verlaufe des acuten Gelenkrheumatismus. Aerztl. Intelligenzblatt, XXVIII, 19.

Herrmann: Ueber die Ursachen und Behandlung der Delirien bei acuten fieberhaften Krankheiten. Inauguraldissertation, Berlin 1881.

Ward: Manie durch Scarlatina bedingt. New-York med. Record XXII, 1.

Marandon de Montyel: Ueber den Abdominaltyphus in seinen Beziehungen zur Geistesstörung. Ann. méd. psychol. 6. S. IX.

Kirn: Ueber acute Psychosen. Deutsche med. Wochenschrift, 1882, 27.

Heinlein: Zur Casuistik der Geistesstörungen auf der Basis des acuten Gelenkrheumatismus. Bayr. ärztl. Intelligenzblatt, XXX, 30 u. 31.

Heimann: Ueber Gehirnerscheinungen bei Ileotyphus. Inauguraldissertation, Berlin 1882.

Eidam: Psychose nach acutem Gelenkrheumatismus und croupöser Pneumonie. Berliner klinische Wochenschrift XXI, 12.

Wenn auch das vorstehende Literaturverzeichniss vielleicht nicht vollständig ist, so enthält es doch schon eine beträchtliche Anzahl von Arbeiten und beweist genügend, dass der Gegenstand unserer Abhandlung in verhältnissmässig kurzer Zeit eine reichliche Bearbeitung gefunden hat; man kann ferner daraus einerseits den Schluss auf die Wichtigkeit desselben ziehen, andererseits aber dürfte man sich leicht geneigt fühlen zu der Ansicht, dass darüber Klarheit und Einigkeit in der medicinischen Welt bestehe. Dem ist aber nicht so, keineswegs; denn wenn auch über die Symptomatologie der Psychosen bei acuten fieberhaften Krankheiten ziemlich gleichartige Ansichten sich vorfinden, so ist dies wenig der Fall in Bezug auf die Pathogenese und vor Allem in Bezug auf die Frage, welche Rolle dabei die Praedisposition, sowohl die allgemeine als auch die individuelle, spiele.

Es sollen nun im Folgenden zuvörderst die Symptomatologie und Pathogenese besprochen werden; bei der letzteren aber soll dann der Versuch gemacht werden, durch casuistische Beiträge der Lösung der Frage nach der Prädisposition einen Schritt näher zu treten.

Was nun zuerst die Symptomatologie der geistigen Störungen bei acuten febrilen Erkrankungen anbelangt, so finden wir bei Betrachtung derselben eine grosse Mannigfaltigkeit vor. Da diese Störungen in den verschiedenen Stadien der Erkrankung sich einstellen, so scheint es am zweckmässigsten, zwei Gruppen derselben zu unterscheiden, und zwar zunächst solche, welche mit dem Einsetzen und auf der Höhe des Fiebers, — und dann solche, welche mit dem Nachlass desselben oder im weiteren Verlauf der Krankheit auftreten. — Die ersteren werden als febrile Psychosen, die letzteren, welche früher als postfebriles Irresein, als Collaps- oder Inanitionsdelirien beschrieben wurden, jetzt nach dem Vorschlage von Kraepelin, als asthenische Psychosen bezeichnet.

Die psychischen Symptome des Fieberstadiums treten in geringerem oder höherem Grade, entsprechend der Intensität derselben auf. Liebermeister[1] hat diese verschiedenen Alterationen der Psyche im Verlauf des Fiebers, die Fieberdelirien, als 4 aufeinanderfolgende, doch nicht ganz scharf von einander zu trennende Stufen gekennzeichnet. In dem ersten Stadium sind keine deutlichen Störungen des Bewusstseins; es besteht ein unbestimmtes Gefühl von Unruhe, allgemeines Unbehagen neben leichter Aufregung und Oppression; der Schlaf ist unruhig.

Beim zweiten Grade finden wir schon eine mässige Apathie, vorübergehende Bewusstseinstörungen; zeitweise Delirien, indem die Kranken unzu-

[1] Liebermeister: Wirkungen der febrilen Temperatursteigerung.

sammenhängend vor sich hin sprechen; dieselben können aber durch stärkere Reize, die von aussen kommen, beseitigt werden. — Den dritten Grad kennzeichnet eine andauernde Benommenheit; neben Sopor und Apathie besteht Aufregung und stärkere Unruhe, öfters sogar treten maniakalische Anfälle auf, analog den Delirien der Geisteskranken. Die Apperception ist zum grössten Theile erloschen; natürliche Bedürfnisse werden nicht mehr empfunden. — Dieser Zustand, am häufigsten bei Typhus, wird desshalb auch «status typhosus», bei sehr starken Reizerscheinungen «Typhomanie» genannt. — In dem vierten Stadium, welches die höchste und letzte Stufe der Liebermeister'schen Scala bildet, besteht ein Zustand anhaltender Bewusstlosigkeit, tiefster Sopor, welcher sich durch keine Mittel beseitigen lässt; nur sehr energische, äussere Reize, welche sonst starke Schmerzen verursachen, bringen noch eine geringe Reaction hervor, welche sich durch Verziehen des Gesichtes kundgiebt: «febriles Coma». Die Alten nannten diesen Zustand «Lethargie».

Diese Darstellung Liebermeister's giebt uns in grossen Zügen das allgemeine symptomatologische Bild der cerebralen Erscheinungen, die im Acmestadium der acuten fieberhaften Erkrankungen zur Beobachtung kommen und aus welchen sich mehr oder weniger lange dauernde Geistesstörungen entwickeln können.

Wir wenden uns jetzt zu der zweiten Gruppe der Psychosen, nämlich zu denjenigen, welche mit dem Nachlass des Fiebers oder im weiteren Verlauf der Krankheit, in der Reconvalescenz, in Erschei-

nung treten, den «asthenischen» Psychosen. Die dem Stadium decrementi entsprechenden psychischen Störungen treten zuerst nach grösseren Remissionen oder erst dann auf, wenn bereits vollkommene Apyrexie besteht. Der Inhalt der Delirien ist ungefähr derselbe, wie bei den auf der Höhe des Fiebers auftretenden. Sie kennzeichnen sich meistens als Manie mit oder ohne Grössenwahn (Monomanie ambitieuse der Franzosen), ferner als acute Verwirrtheit, verbunden mit falschen Vorstellungen, Illusionen und Hallucinationen. Meistens ist auch Verfolgungswahn vorhanden, seltener Versündigungswahn. Den Wahnideen liegen oft vorangegangene Erlebnisse des Patienten zu Grunde.

Das Stadium der Reconvalescenz ist dasjenige, welches für die Entstehung von psychischen Störungen wohl am fruchtbarsten ist, und zeigen auch letztere die mannigfaltigsten Formen. Ausser den reinen Formen von Manie und Melancholie, Exaltations- und Depressionszuständen des geistigen Lebens, findet man in dem Reconvalescenzstadium am meisten vertreten jene melancholischer Zustände, welche mit Wahnideen einhergehen. Dieselben tragen bald den Character der Stupidität an sich, bald treten sie in activer Form auf, welch letzterer Zustand sogar die höchsten Grade erreichen kann. Sinnesdelirien werden selten vermisst, und stets ist eine Verminderung der Intelligenz vorhanden.

Als seltenere Formen der geistigen Störung in der Reconvalescenz sind noch der Grössenwahn und ein mehr oder weniger ausgeprägter Stupor vorhanden. Ausserdem sind noch, besonders zu Anfang

dieses Stadiums, Gedächtnissdefecte (Mugnier), amnestische Aphasie (Barbelet, Jolly) und Illusionen (Abercrombie) beobachtet worden.

Es sei hier noch bemerkt, dass bei denjenigen acuten Erkrankungen, welche, wie z. B. der Gelenkrheumatismus und Abdominaltyphus, sehr lange Zeit mit andauernder hoher Temperatursteigerung einhergehen und darauf eine allmählige langsame Entfieberung zeigen, dauernde irreparable Schwächezustände, bis zur vollkommenen Demenz vorkommen können.

Damit glaube ich nun im Allgemeinen das Bild derjenigen Formen psychischer Alienationen, welche im Gefolge von acuten fieberhaften Krankheiten zur Beobachtung kommen, gegeben zu haben. — Wir wollen nun die Pathogenese jener Störungen betrachten.

Was zunächst die pathologisch-anatomische Grundlage obiger cerebraler Erscheinungen anbelangt, so will ich hier nur anführen, dass, obwohl ziemlich viele Arbeiten über diesen Gegenstand erschienen sind (Buhl, Hoffmann, Nobiling, Popow, Herzog Karl in Bayern, Blascko, Rosenthal), man doch bis heute keine sichere übereinstimmende Resultate gewonnen hat, namentlich in Betreff der histologischen Veränderungen der Centralorgane; in makroskopischer Hinsicht dagegen finden sich mehr übereinstimmende Ansichten, indem man häufig, wenn der Tod im Fieberstadium erfolgte, Oedem der weichen Hirnhäute und Durchfeuchtung der Gehirnmasse, — in dem Reconvalescenzstadium eine ausgesprochene Anämie der Hirnsubstanz ge-

funden hat. Oefters aber erhielt man vollkommen negative Befunde. — Man hat desshalb, unter diesen Verhältnissen, vom anderen Gesichtspuncte aus, und zwar sowohl aus den klinischen Erscheinungen, als auch auf dem Wege theoretischer Betrachtungen, die Pathogenese der geistigen Störungen bei acuten fieberhaften Krankheiten zu erklären gesucht. — Es kommen hierbei die verschiedensten Momente in Betracht.

Die febrilen Psychosen verdanken ihre Entstehung vor Allem den Circulations- und Ernährungsstörungen, welche durch andauernde hohe Temperaturen, nicht nur im Gehirn, sondern auch im Gesammtorganismus, hervorgebracht werden. Als die hauptsächlichsten derartigen Störungen müssen wir die Steigerung der Herzaction, die dadurch bewirkte Beschleunigung der Blutbewegung in der Schädelhöhle, Hyperämie der Gehirnrinde, ansehen Dann aber auch die vermehrte Anhäufung von Verbrennungsproducten, welche sowohl durch ihre Menge als auch durch ihre Qualität auf die Centralorgane einwirken. Bei längerer Dauer des Fieberprocesses kommt dann noch eine durch Degeneration der Herzmuskulatur bedingte Schwäche, in Folge deren Stauungen, Oedeme und Thrombosirungen der Gehirncapillaren entstehen. Rechnen wir noch die Einwirkung eines specifischen Krankheitserregers, sei es in chemischer, sei es in parasitärer Form, welcher im kreisenden Blute vorhanden, wie dies bereits bei vielen Infectionskrankheiten, Intermittens, Remittens, in der allerneuesten Zeit bei Typhus abdominalis[1] nachgewiesen ist, —

[1] Neubauer: Nachweis der Typhusbacillen am Lebenden. Berliner Klin. Wochenschrift 1886, 6.

hinzu, so können wir uns leicht eine Vorstellung machen von den Alienationen, die bei der erheblichen Anzahl von Reizen, denen im Fieberprocess die Centralorgane ausgesetzt sind, entstehen können. Welcher von obengenannten Reizen dabei die Hauptrolle spielt, ist einerseits oft schwer zu entscheiden, andererseits sind wir oft genöthigt, ein Zusammenwirken mehrerer derselben anzunehmen. —

Die asthenischen Psychosen sind meistens bedingt durch Erschöpfung des Nervensystems, wesshalb sie auch als Erschöpfungspsychosen früher bezeichnet wurden. Diese Erschöpfung ist meist die Folge des in der Fieberperiode beschleunigten Stoffumsatzes, während gleichzeitig die Stoffzufuhr vermindert ist. Es ist klar, dass dadurch eine ungenügende Ernährung des Gehirns erzeugt wird, als deren Folgen bei weniger intensiven und kürzer dauernden Krankheiten, eine Anaemie, bei länger anhaltenden und mit starken Säfteverlusten verbundenen, eine Gewebsstörung, eine leichte Atrophie der Rinde auftreten können. — Kraepelin hat in seiner oben genannten Monographie den Versuch gemacht, die Entstehung der asthenischen Geistesstörungen nach der Wundt'schen Theorie von dem «asthenischen Nervenzustand» zu erklären. Das Resultat seines Raisonnements ist das Ergebniss, dass die wesentliche Ursache der asthenischen Psychosen, jene den asthenischen Nervenzustand ausmachenden «intranervösen» Störungen sind, die ihrerseits durch die sowohl qualitativ als auch quantitativ veränderte Ernährungsflüssigkeit, durch mangelhafte Oxydation des Blutes, etc. bedingt werden. — In dem Um-

stande, dass bei den febrilen Psychosen von aussen auf die Nerven wirkende Momente, bei den asthenischen dagegen innere Nervenstörungen vorhanden sind, erkennt Kraepelin die Erklärung dafür, dass die klinischen Symptome jener ersten Gruppe durch eine ziemlich auffallende Monotonie, dagegen die der zweiten Gruppe durch grosse Mannigfaltigkeit der einzelnen Formen, durch vielfachen Wechsel der Erscheinungen, sich auszeichnen.

Diese Anschauungen Kraepelin's sind sehr plausibel, und wir müssen dem Autor vollkommen Recht geben, wenn er meint, dass dieselben «den Vortheil eines einheitlichen Gesichtspunctes bieten», andererseits aber stimmen wir seiner Ansicht bei, dass es sich hierbei vorerst um reine Hypothesen handle, «welche die systematische Darstellung erleichtern und eine allgemeine Behandlung unseres Gegenstandes gestatten».

Ausser diesen bisher genannten allgemeinen, bei allen acuten fieberhaften Erkrankungen zur Geltung kommenden Ursachen giebt es noch einige andere, welche nur bei bestimmten Krankheiten in Betracht kommen. Es sind dies die bei Pneumonie und Pleuritis vorhandene Dyspnoe, dann die Schmerzen, welche im Allgemeinen wohl bei allen jenen Krankheiten vorkommen, am meisten aber wieder bei der Pleuritis und besonders beim acuten Gelenkrheumatismus zur Wirkung gelangen. Endlich verdienen noch der Erwähnung diejenigen Momente, welche auf psychischem Wege wirkend die Centralorgane beeinflussen können, ich meine die Gemüthsbewegungen, die sehr verschiedener Art sein können und sowohl

die heftigen als auch die geringen Reize des täglichen Lebens in sich schliessen. Zu bemerken ist dabei, dass die letztgenannten Momente sowohl zu den febrilen als auch zu den asthenischen Psychosen im causalen Verhältnisse stehen können. —

Damit hätten wir einen kurzen Ueberblick über die bei den acuten fieberhaften Krankheiten auftretenden psychischen Störungen und über die Pathogenese derselben gegeben; bei letzterer aber ein sehr wichtiges, unserer Meinung nach, das wichtigste Moment nicht berücksichtigt, nähmlich die Prädisposition, — und zwar aus dem Grunde nicht berücksichtigt, weil wir uns, wie wir es von vornherein gesagt haben, vorgenommen, sie besonders zum Gegenstande unserer Betrachtung zu machen, — was nun auch im Folgenden geschehen soll. —

Dass die Prädisposition bei psychischer Erkrankung überhaupt eine wichtige Rolle spielt, ist eine allgemein von allen Psychopathologen anerkannte Thatsache. «Kein Zweifel, sagt Griesinger, dass die Dispositionen viel wichtigere, stärker und öfter wirkende Momente zur Bildung des Irreseins sind, als die occasionellen Ursachen. Wer eine starke individuelle Prädisposition, besonders gewisser, bestimmter Art hat, ist durch die leichtesten occasionellen Ursachen stark gefährdet; wem jene ganz fehlt, der geht meist auch aus schweren Conflicten sonstiger Ursachen geistig wohlbehalten hervor.»

Es wäre zu weitläufig, wenn wir an dieser Stelle weit ausholend auf den Begriff der Prädisposition eingehen und über deren Verhältniss zu den Psychosen im Allgemeinen sprechen wollten. Unsere

Aufgabe ist es, die Beziehungen der Prädisposition zu denjenigen geistigen Erkrankungen auseinanderzusetzen, welche im Gefolge von acuten fieberhaften Krankheiten auftreten. — Zu diesem Behufe wollen wir zuerst die Ansichten und Resultate Kraepelin's und Müller's, die beide in ihren oben angegebenen Arbeiten die Prädisposition in den Bereich ihrer ätiologischen Untersuchungen gezogen hatten, näher betrachten.

Kraepelin unterscheidet zwischen Prädisposition zu Fieberdelirien und der zu asthenischen Psychosen. In Betreff der ersteren erklärt er von vornherein, dass in deren Aetiologie die Disposition verhältnissmässig selten in Betracht komme. Er schliesst dies aus dem Umstande, dass die bestehende Naturanlage und die äusseren Causalmomente sich in ihrer Wirkung gegenseitig ergänzen. Bei erblich Belasteten genügt zur Herbeiführung einer psychischen Alienation bisweilen ein ausserordentlich geringer Reiz, während es bei geistig vollkräftigen Personen einer starken psychischen oder somatischen Einwirkung bedarf, um das Gleichgewicht der geistigen Functionen zu stören. — Da nun, sagt er ferner, der febrile Process ein gewaltig eingreifendes Moment ausmacht, so ist es a priori weniger nöthig zur Erklärung der Fieberdelirien die Prädisposition mit in Rechnung zu ziehen. Unter den 400 Fällen von Fieberpsychosen, welche er in der Literatur gesammelt, fand er nur in 30 % eine zur geistigen Störung vorhandene Prädisposition, welche theils in erblicher Anlage, Nervosität, anämischen Zuständen, theils in vorhergegangenen heftigen Gemüthsbewegungen bestand. Bei

41 Fällen, wo hereditäre Verhältnisse angegeben waren, fand sich 16mal d. h. in 40 % erbliche Anlage vor. Diese Ziffern hält Kraepelin für zu hoch — in der Voraussetzung, dass bei den eigentlichen Fieberdelirien, die in der Regel einen schnellen Verlauf nehmen, die Aerzte nicht lange erst nach der Heredität oder sonstigen belastenden Momenten forschen. In wie weit die letztere Behauptung den Anspruch auf Richtigkeit hat, soll hier nicht weiter erörtert werden. — Was das Geschlecht und Alter anbetrifft, so fand Kraepelin 67,5 % Männer, — verwahrt sich aber wegen unsicherer Angaben gegen die Richtigkeit dieser Ziffer —, ferner 67 % Personen unter 30 Jahren, entsprechend der Erfahrung, dass jugendliche Personen im Allgemeinen leichter psychische Gleichgewichtsstörungen erfahren. —

Was die asthenischen Psychosen anbelangt, so fand er unter 300 Fällen in 36 % prädisponirende Momente verzeichnet; bei 74 dieser Fälle fanden sich Erblichkeitsangaben vor und in 80 % davon hereditäre Belastung. Zwar hält er auch diese letzten Ziffern für zu hoch, gesteht aber der Disposition bei den asthenischen Psychosen eine grössere Bedeutung zu, als er das bei den Fieberdelirien gethan hatte. In Bezug auf das Geschlecht fand er 37,6 % Weiber, gegen 32,5 % bei den Fieberdelirien, während das Alter gar keine Differenzen darbot. — Zum Schluss sagt aber unser Autor, dass doch das Hauptgewicht weniger auf die schon vor dem Eintritt der acuten Krankheit bestehende, als auf die durch diese selbst hervorgebrachte Disposition zu legen sei. —

Am Ende seiner Arbeit giebt uns Kraepelin

eine tabellarische Uebersicht obiger statistischer Angaben, worunter auch die bei den einzelnen Krankheiten gefundenen Zahlen eingeschlossen sind. Wir haben die letzteren aus leicht einzusehenden Gründen oben nicht verwehrtet, wollen sie aber bei Wiedergabe desjenigen Theiles der Tabellen, welcher sich auf die Prädisposition bezieht, der Vollständigkeit wegen mit angeben. Die Zahlen bedeuten Procentsätze.

I. Febrile Psychosen:

	Allgemeine Disposition.				Individ. Disposition.
	Männer.	Weiber.	bis 30 J.	über 30 J.	
Rheumatismus	61,8	38,2	62,1	37,9	32
Intermittens	76	24	48	52	31
Pneumonie	85	15	56,6	43,4	38,4
Variola	54	46	36	64	23
Typhus	50	50	71,9	28,1	26,1
In toto	67,5	32,5	61,7	38,3	30

II. Asthenische Psychosen:

	Allgemeine Disposition.				Individ. Disposition.
	Männer.	Weiber.	bis 30 J.	über 30 J.	
Rheumatismus	60,3	39,7	77	23	30
Pneumonie	82	18	40	60	41,4
Variola	60,7	39,3	57,1	42,9	10,7
Typhus	56,5	43,5	70,5	29,5	34,5
Cholera	68,4	31,6	37,5	62,5	21
In toto	62,4	37,6	62,6	37,4	36

Ein anderes Resultat erlangte Müller. Er kommt «per exclusionem» und auf Grund statistischer Angaben zu dem Schlusse, dass die wichtigste Ursache der geistigen Störungen im Gefolge von acuten fieberhaften Krankheiten in einer individuellen Prädisposition zu suchen sei. Indem er dieselbe als eine Theilerscheinung einer allgemeinen Resistenzverminderung des psychischen Organs, entsprechend derjenigen, welche allgemein bei den unter anderen Umständen auftretenden psychischen Störungen angenommen wird, — definirt, sucht er seine vorher aufgestellte Behauptung auf statistische Daten zu gründen und macht das Resultat abhängig von dem Procentsatze der auf die Prädisposition bezüglichen Fälle. In den 304 Fällen, die er in der Literatur gesammelt, fanden sich bei 77 Angaben über die Heredität, davon positive bei 31. Daraus ergiebt sich für die erbliche Belastung 40 %, eine Zahl, die, wie er sagt, «ungefähr zwischen den Extremen der Statistik mindestens die Mitte hält». Bei Mitberechnung derjenigen Fälle, in denen eine erworbene Disposition und eine reizbare psychische Constitution angegeben war, ergab sich eine nicht unbedeutend grössere Procentzahl.

Was das Alter anbetrifft, so konnte Müller darin kein besonderes Moment constatieren. Bezüglich des Geschlechtes fand er bei einigen Autoren ein geringes Uebergewicht des weiblichen Geschlechtes, bei anderen wiederum keinen Unterschied gegenüber dem männlichen.

Auf Grund dieser, wie der Verfasser selbst zugiebt, nicht allzu grossen Zahlen, kommt er zu dem oben schon genannten Schlusse und setzt noch hinzu,

dass in denjenigen Fällen, wo im Verlaufe einer acuten fieberhaften Erkrankung psychische Störung auftritt, der Verdacht auf eine latent gebliebene «Hirnbelastung» gerechtfertigt ist, eine Behauptung, welche er durch die Angaben Griesingers und anderer Autoren, dass nämlich bei einem und demselben Individuum eine mehrmalige Erkrankung durch secundäre Gehirnaffection psychische Störungen hervorzurufen im Stande ist, — zu bekräftigen sucht.

Ueberblicken wir nun die Auseinandersetzungen beider Autoren, so finden wir, dass dieselben in Bezug auf die Prädisposition, als ätiologisches Moment, zu ganz entgegengesetzten Resultaten gelangt sind. Kraepelin legt ein nur geringes Gewicht auf die Prädisposition; er hat dieselbe bei den febrilen Psychosen nur selten gefunden, — bei den asthenischen glaubt er weniger an eine von früher her vorhandene, als an eine durch den vorausgegangenen Fieberprocess acquirirte Disposition. Müller hingegen spricht der Prädisposition in der Aetiologie der fraglichen Störungen eine sehr wichtige Rolle zu, welche unter Umständen so sehr ins Gewicht fällt, dass die acute febrile Erkrankung nur den Werth einer occasionellen Veranlassung zu der Psychose hat, während die Hauptursache in einer erblichen oder einer anderen erworbenen psychopathischen Belastung gelegen ist. — Müller's Ansicht hat nun mehr Anklang gefunden. Besonders trat für sie Kirn auf, indem er in seinen «casuistischen Beiträgen» auf Grund mehrerer einschlägiger Beobachtungen die Prädisposition als das wichtigste ätiologische Moment bei Entstehung obiger Psychosen fand. — Immerhin

aber wird diese Streitfrage wohl noch längere Zeit eine offene bleiben. Erst dann, wenn ein genügendes und entsprechendes Material gesammelt und auf die Streitfrage hin geprüft sein wird, wird es möglich sein auf statistischem Wege zur endgültigen Entscheidung zu gelangen. —

Auf der hiesigen psychiatrischen Klinik sind nun in den letzten Jahren eine nicht unbeträchtliche Anzahl von auf unsere Frage bezüglichen Fällen zur Beobachtung gekommen. Es hat mir daher Herr Prof. Dr. Jolly den Auftrag gegeben, dieselben zu sammeln und zu veröffentlichen. —

Gern folge ich diesem Auftrage und gebe im Folgenden eine Reihe von Krankheitsgeschichten der Patienten, bei denen im Gefolge einer acuten fieberhaften Erkrankung psychische Störungen in Erscheinung traten. Es sind im Ganzen 16 Fälle, welche sich, wie folgt, vertheilen:

6 auf Typhus abdominalis
5 « Pneumonie
3 « Erysipelas
1 « Bronchitis febrilis
1 « Phthisis acuta.

Dem Zwecke entsprechend wird der Anamnese und der Art und Weise der Erkrankung, so weit es möglich, am meisten Aufmerksamkeit gewidmet werden; doch werden auch die Angaben über den Status, über Symptome und Verlauf der Krankheit entsprechende Beachtung finden. Die Aufzählung der einzelnen Fälle soll der besseren Uebersicht halber gruppenweise geschehen. — Zum Schluss möge es

mir dann gestattet sein, in einem allgemeinen kurzen Ueberblicke über die gemachten Beobachtungen und das Resultat derselben Rechenschaft zu geben. —

Typhus abdominalis.

Fall I. — Caroline A. 40jährige Handelsfrau. Aufgen. d. 15. III 1881.

Vater starb angeblich an einer Rückenmarksentzündung (vielleicht in Folge von Selbstmord), Mutter starb im Wochenbette; eine Schwester starb an einem Gebärmutterleiden, eine andere ging durch einen Unfall zu Grunde.

Pat. hat als Kind Keuchhusten und Masern durchgemacht; hatte oft gedunsenen Leib. Im 17. Jahre wurde sie durch eine Unterleibskrankheit 18 Wochen an's Bett gefesselt. — Periode alle 4 Wochen, mit starkem Blutverluste. 7 mal Abort, 3 ausgetragene Kinder (beim letzten Zangenapplication).

Im Jahre 1869 wurde Pat. von einem wüthenden Hunde gebissen; in's Krankenhaus aufgenommen hatte sie starke maniakalische Anfälle (suchte Alles zu zerstören, ihre Isolirzelle zu verlassen, verging sich am Arzte und Wartepersonal). Zwangsjacke. — Nach 38 Wochen geheilt entlassen.

Vor 2 Jahren ähnlicher Ausbruch; Heilung nach mehrwöchentlichem Aufenthalt in einer Anstalt.

Am 16. Jan. 1881 Aufnahme in die gynaecologische Klinik, wegen Schmerzen im Unterleibe, Kopfweh, Schwindel, Blutabgang aus den Genitalien, Schmerzen und Krämpfen in den Beinen.

Sie machte daselbst einen Abdominaltyphus durch, an den sich nach einem 14tägigen Intervall ein Recidiv anschloss. Nach einigen fieberhaften Tagen Auftreten von Gehörshallucinationen (hörte ihre Nachbarin schelten); sie drohte durch's Fenster zu entspringen, glaubte sich durch die Schwester des Saales geschmäht.

Am 15. III Aufnahme in die Irrenabtheilung. — Temperatur erhöht, Abends 40,4. Im Uebrigen bleibt Pat. ruhig, befindet sich subjectiv wohl. Keine Aufregung.

Am 30. III Klagen über Benommenheit des Kopfes und Somnolenz, die bis zum 2. IV anhielt.

Im weiteren Verlaufe keine psychische Störung ; der typhöse Process hat sich jedoch in die Länge gezogen durch eine circumscripte peritonitische Reizung und nachfolgenden Meteorismus, so dass Pat. erst am I. V aufstehen konnte, doch blieb noch geringe Temperaturerhöhung längere Zeit bestehen (bis 22. V).

Entlassung am 7. Juni.

Fall II. — Louise K. 41 jährige ledige Erzieherin. Aufgen. d. 4. V 1882.

Vor 14 Tagen in Paris erkrankt. Gestern auf der Reise von Paris nach München wurde sie Nachts sehr unruhig, aufgeregt, schrie laut, sie müsse sterben, sei verloren, lachte und sang auch öfters ; wurde hier von der Polizei aufgegriffen und ins Spital gebracht.

Pat. ist anfänglich völlig reactionslos, giebt keine Antworten, zeigt aber die Zunge, welche sehr trocken ist.

Temp. : 39,5.

Puls : 100-120.

Etwas Husten ; Periode vorhanden.

5. V : Gestern Abends schrie Pat. einige Male auf, war aber in der Nacht ziemlich ruhig. Gegen Morgen fing sie an zu faseln, meist sinnlose Sätze ; dabei ganz verwirrt, giebt auf Fragen ganz sinnlose Antworten oder beachtet dieselben gar nicht.

Auf den Lungen ausgebreitetes Rasseln, Milz nicht vergrössert, zahlreiche Roseola auf dem Bauche ; Leib leicht schmerzhaft, etwas gespannt. Kein Meteorismus. — Stuhl typhös.

7. V : Morgens noch etwas benommen, aber ganz ruhig, fühlt sich wohler. Giebt an früher schon viel an Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und an den Nerven gelitten zu haben (gebrauchte als Medicin Bromammonium), wurde dann auf der Reise krank, fieberte viel, hatte Durchfall.

8. V : Gestern beim Besuch einer Schwester fing Pat. an

leidenschaftlich zu weinen, darauf ganz ruhig, fast stuporös. Fieber vorhanden; 2 typhöse Stühle. Schmerz in der Ileocoecalgegend. Abends Auftreten von Grössenwahnideen (sagt das grosse Loos gewonnen zu haben). — Im Antworten langsam, schwerbesinnlich, aber ziemlich klar.

9. V: Leicht stuporöser Zustand, in welchem Pat. kirchliche Lieder vor sich hin singt. — Dieser Zustand bleibt bis zum

15. V: Spuren von Humor. Ueber Raum und Zeit noch nicht ganz klar. Fieber gesunken.

20. V: Bei anhaltend subfebriler Temperatur orientirt sich Pat. allmählig. wird klarer und heiterer, hat das Singen ganz aufgegeben, ist aber gemüthlich noch leicht erregbar, öfters ängstlich.

25. V: Pat. bringt mehrere Stunden im Freien zu. In der Nacht Aufregung über eine unruhige Kranke, darauf Mittags Fieber (39,5). Puls 120.

Weinerliche, wunderliche Stimmung.

26. V: Fieber geringer (38,2).

Stimmung viel heiterer wie gestern.

27. V: Kein Fieber. Abermalige Aufregung, aber im geringeren Grade, aus demselben Grunde, wie vorgestern.

Entlassung nach dem Diaconissenhaus. Von dort nach einigen Wochen genesen entlassen.

Fall III. — Michel H. 31jähriger Bäcker. Aufgen. d. 21. VI. 1882.

Vatersbruder melancholisch im späteren Alter.

Pat. früher gesund und geistig normal. Am 3. IV acute Erkrankung von 3 wöchentlicher Dauer, nach der Schilderung zweifellos Ileotyphus. Fühlte schon 3 Wochen vorher eigenthümliche Unsicherheit beim Rechnen, glaubte sich immer verrechnet zu haben, was aber nicht der Fall war. Er kann sich an diese Periode nicht genau erinnern, weiss nur noch dass er auffallend kalte Füsse gehabt hatte.

Während des Typhus nur spärliche und leichte Delirien im Halbschlafe. In der Reconvalescenz sehr schwach, mager, heruntergekommen; setzte sich allerhand Ideen in den Kopf,

glaubte Alles verkehrt zu machen. Unter Leuten genirte er sich, glaubte «sie könnten etwas zu ihm sagen», setzte sich gern abseits, weil er fürchtete, man hätte ihn nicht gern. Sah er einen Glasscherben, so überkam ihn die Idee, er könne sich an ihn hängen. Alle diese Gedanken drängten sich ihm zwangsmässig auf, ohne dass er dieselben wirklich glaubte, ärgerte sich vielmehr über das «dumme Dings».

In der Folge Ueberhandnehmen der Zwangsideen, so dass er sich äusserst unbehaglich fühlte und desshalb selbst die Anstalt aufsuchte.

22. VI: Keinerlei Wahnideen, Affecte nicht betheiligt, ist nicht melancholisch, — im Gegentheil sehr gesprächig und heiter. Intelligenz intact, nur die Zwangsideen bestehen fort.

25. VI: Keine Aenderung in dem psychischen Befunde. Pat. wird, von Heimweh übermannt, entlassen.

27. VII: Wiederaufnahme. Dieselben Klagen über Zwangsideen.

4. VIII: Da Pat. in der Anstalt nicht aushalten kann, wird er auf dringenden Wunsch entlassen.

Fall IV. — Eugen St. 18jähriger Gymnasiast. Aufgen. d. 31. XII. 1881.

Vater war sehr nervös, jähzornig; starb im 44. Lebensjahre an Apoplexie. Bruder der Mutter hat starken Tremor im Gesicht und an den Händen.

Pat., früher gesund, in der Schule gelehrig, strebsam, bis zur Ueberanstrengung, sehr leicht reizbar, nervös. — Vor 2 Jahren Schleimfieber, ohne psychische Symptome. — Vor 3 Wochen setzte ein Typhus von ziemlicher Intensität ein, der aber weiter keinen abnormen Verlauf zeigte. Pat. soll niemals dabei deliriert haben, nie bewusstlos gewesen sein. Nur behauptete er öfters, er müsse fortwährend denken, mathematische und andere Aufgaben lösen, immer geistig arbeiten.

Seit dem 28. XII traten mit Lösung des Fiebers Grössenideen auf, er sei Capitain, sei 200 Jahre alter «Urteutone», stamme von Napoleon etc., seine Tante wolle ihn vergiften.

1. I: Pat. hat dieselben Ideen, behauptet er sei der Sohn

Bismarcks. — Fortwährende Personenverwechslung, — motorische Erregung ziemlich mässig, Pat. bleibt meist im Bett in sitzender Stellung, gesticulirt lebhaft mit den Händen, speit auf grosse Entfernung. Fieber gering.

Von dem 2. I: Kein Fieber mehr. Stuhl und Schlaf in Ordnung, Appetit gut. Pat. wird von Tag zu Tag ruhiger, spricht aber noch viel von den oben genannten Ideen.

9. I: Die Grössenwahnideen sind allmählig abgeblasst, doch kann sich Pat. nicht über Raum und Zeit orientieren.

14. I: Exacerbation der Aufregung und Grössenideen. Mässiges Fieber, Puls 120.

Stuhl normal, geformt.

Nächsten Tag ist Pat. ruhiger, schreibt aber mit grosser Schnelligkeit und Ausdauer Namen seiner Bekannten, alberne Sätze, fast den ganzen Tag.

1. II: Pat. hat immer noch aufgeregte Momente, äussert aber wenig Wahnideen. Ueber Raum und Zeit noch nicht ganz im Klaren. Körperlich fast völlig hergestellt.

Am 9. II wird Pat. probeweise nach Hause entlassen. Er ist dort immer noch sehr kindisch, zu keiner ernsten Beschäftigung tauglich, ist sehr lebhaft, immer mit etwas beschäftigt, interessirt sich aber immer nur einen Moment für eine und dieselbe Sache.

13. II: Abermalige Aufnahme in die Anstalt. Pat. ist im Ganzen etwas ruhiger und vernünftiger.

19. II: Pat. ist immer beschäftigt, zeichnet, schreibt, turnt, singt, meist Alles ohne Zusammenhang. — Später zweimaliger Versuch aus der Anstalt sich zu entfernen. Stimmungswechsel sehr jäh und unmotivirt.

Nachdem dann Pat. nach Hause entlassen worden, kommt er öfters in die Klinik. Er ist noch immer unruhig, hat sonderbare Ideen (er ist Arzt), spricht per «Du» etc., ist im Ganzen aber entschieden besser, wenn auch geordnete Thätigkeit noch ganz unmöglich.

Bei der am 6. IV stattfindenden abermaligen Präsentation zeigt der Pat. noch einzelne bizarre Ideen, sonst im Wesentlichen genesen. Später vollständig gesund geblieben.

Fall V. — Joseph Br. 30jähriger Brauknecht. Aufgen. d. 19. XII 1882.

Vor 12 Tagen Erkrankung mit Kopfschmerz, allgemeiner Mattigkeit, vagen Schmerzen in den Füssen; angeblich kein Fieber; lag nicht zu Bett, ging ins Geschäft. — Am 13. XII fiel er Nachts zusammen; seither im Bett.; kein Durchfall, eher Verstopfung; klagte hauptsächlich über Halsschmerzen und Kopfweh. Gestern Nachmittags Beginn der Aufregung, zerreisst, blickt wild um sich, ist bald zornig, bald heiter, schimpft und lacht, schreit furchtbar; keine Angst, keine Traurigkeit; sprang oft auf und wollte ins Geschäft gehen; hörte Stimmen, mit denen er sprach. Soll nie bisher delirirt haben, mässiger Biertrinker sein, von Schnaps ist der Frau nichts bekannt.

Bei der Aufnahme ist das Bewusstsein nur wenig getrübt; Pat. giebt richtige Antworten, doch ist er etwas schwerbesinnlich (für die letzten Tage seiner Krankheit ganz amnestisch); orientirt sich spontan. Hochgradiger Tremor, Puls dicrot, Leib leicht empfindlich. Auf der Brust überall zahlreiches Rasseln, Schnurren, Pfeiffen; Husten mässig.

25. XII: Bisher anhaltendes remittentes Fieber (38,6-40,1).

Im Uebrigen die Erscheinungen des Typhus. Von psychischen Erscheinungen, ausser geringer Schwerbesinnlichkeit und leichter Somnolenz nichts mehr aufgetreten.

Verlegung nach der inneren Klinik.

Fall VI. — Marianne Br. 29jährige ledige Köchin. Aufgen. d. 1. IV 1884.

Schwester der Mutter starb geistesgestört.

Pat. war vom 18-26. Juni dieses Jahres wegen hysterischer Stimmbandlähmung auf der inneren Klinik, wo sie nach einmaligem Laryngoskopieren geheilt wurde.

Regel seit dem 16. Jahre, alle 3 Wochen, profus, von 5tägiger Dauer. Pat. litt längere Zeit an Chlorose, war sonst immer schwächlich.

In der letzten Zeit durch Pflege ihrer kranken Hausfrau überangestrengt.

Jetzige Erkrankung etwa seit dem 18. III, mit allgemeinem

Unwohlsein. Am 22. III excessives Kopfweh, Diarrhoe, Schmerzen im Leib.

24. III: Aufnahme in die innere Klinik, wo ein Abdominaltyphus von mittlerer Intensität seinen Verlauf nahm.

30. III: Bei starker Temperatursteigerung (40,4) Beginn der Psychose. Pat. ist die ganze Nacht unruhig, singt, lacht, zerreist, dabei nicht besonders verwirrt; Ideenflucht. — In den nächsten Tagen, bei einer Temperatur von 37,8-38,2 anhaltende maniakalische Aufregung, continuirliches Schwatzen, Erotik, Nahrungsverweigerung.

1. IV: Nach der psychiatrischen Klinik verlegt, schwatzt sie anhaltend von der Mutter Gottes, die ihr angeblich erschienen sei, verwechselt Personen, zeigt theatralisches Gebahren, ist launisch und abweisend.

4. IV: Keine Aenderung im Zustand. Nahrungsverweigerung.

8. IV: Der psychische Zustand hat sich zur reinen Manie entwickelt. Pat. ist sehr lustig, lacht, singt, springt herum, sehr erotisch, fängt an etwas zu essen.

15. IV: Der maniakalische Zustand dauert fort; keine Wahnideen, keine Hallucinationen, wohl aber Phantasiespielereien und Personenverwechslung.

18. IV: Pat. fühlt sich müde, liegt im Bett den grössten Theil des Tages, schläft viel; vorwiegend heitere Stimmung. Sie wird zu den ruhigen Kranken verlegt.

24. V: Sprach Anfangs noch viel in gezierter Weise, später ganz ruhig, arbeitsam, hin und wieder für hypochondrische Ideen zugänglich.

Wird heute entlassen.

Pneumonie.

Fall VII: Johanna S. 31jährige Maurersfrau. Aufgen. d. 12. VI 1882.

Vater an Apoplexie gestorben mit 50 Jahren. Mutter litt viel an Magenkrämpfen.

Pat. litt als Kind viel an Attaquen, die auf Schreck eintraten, mit einem Schrei begannen. Bewusstlosigkeit war vor-

handen, aber keine Krämpfe, auch kein Schaum vor dem Munde. — Diese Anfälle wiederholen sich bis jetzt öfters. Pat. war stets sehr reizbar, gerieth leicht im Zorn. 2 mal Mastitis im Wochenbette, mit Delirien. Vor 6 Jahren Ileotyphus ebenfalls mit starken Delirien.

Einige Tage vor der jetzigen Erkrankung Streit mit einer anderen Frau, wobei Pat. sich sehr aufregte. Sie lebte bis jetzt in dürftigen Verhältnissen, war keine Trinkerin.

2. VI: Schüttelfrost, Fieber bis 41,0°, Entwickelung einer Pneumonie. Am 4. Tag fing sie an zu phantasieren, sprach sonderbar.

Am 9. Tage Krise. Auftreten von Verfolgungs- und Versündigungsideen.

Bei der Aufnahme befindet sich Pat. im völligen Delirium, aus dem sie sich nur auf Momente zu vernünftigen Antworten herausbringen lässt. Neben den oben genannten Wahnideen treten jetzt öfters erotische Aufregung und Angstparoxysmen auf, ebenso Hallucinationen und Illusionen.

Temperatur dem Gefühl nach nicht erhöht (wegen beständiger Jactation nicht zu messen). Puls 110.

Am ganzen Körper ein eigenthümliches grobwelliges Zittern.

Des Nachts nehmen die Angstparoxysmen zu, Pat. schreit oft um Hülfe.

13. VI: Temperatur 37,3 (des Morgens).

Rechts hinten im Gebiet des mittleren Lappens Dämpfung, mässig reichliches Rasseln. Beim Husten bringt Pat. sehr wenig schleimig eitrigen Sputums hervor.

Psychischer Zustand unverändert.

Pathetisches Auftreten. — Pat. nimmt nur flüssige Nahrung zu sich.

15. VI: Anhaltende Jactation, Ausbrüche von Zorn und öfters erotische Aufregung.

Anscheinend kein Fieber.

16. VI: Anhaltende aber etwas weniger intensive Agitation. Stuhl breiig, Pat. verschmiert damit Bett und Hände.

20. IV: Pat. ist etwas ruhiger, äussert keine Wahnideen,

will nach Hause gehen. Auch die Angstanfälle viel geringer. Nachts guter Schlaf ohne Narcotica.

27. VI: In der letzten Zeit ganz ruhig und verständig, nur noch leicht reizbar. Körperlich sehr schwach.

Auf Wunsch Entlassung.

24. VII: Präsentirt sich heute, ist psychisch ganz gesund, fühlt sich nur noch etwas schwach.

Fall VIII. — Marie Oe. 42jährige Webersfrau. Aufgen. d. 23. XI 1882.

Pat. war fast immer kränklich gewesen. Seit dem 20. Jahre verheirathet. Erstes Kind mit Hasenscharte geboren, worauf Pat. melancholisch geworden. Heilung dieses Zustandes erst nach 1 1/2 Jahren. — Vor 8 Jahren ohne bekannte Veranlassung abermals Raptus melancholicus, der nur 3 Tage dauerte.

Seit 3 Jahren andauernd Husten (angeblich nach Erkältung), seitdem mehrmals Haemoptoe, zuletzt vor sechs Wochen. Vor 14 Tagen Beginn einer rechtsseitigen Pneumonie, mit Temperaturen bis zu 41°. Während des Fieberstadiums war Pat. psychisch nicht im geringsten abnorm. Am 9. Tage Krise. Tags darauf Beginn der Psychose: Der Heiland sei ihr erschienen, er wolle die bösen Geister, die Teufel holen. Sie wurde sehr unruhig, angstvoll, betete viel, erkannte die herannahenden Personen nicht.

Seit 2 Tagen Umschlag der Stimmung. Pat. ist sehr wild, zornig, schreit, schimpft, man wolle sie tödten.

25. XI wird Pat. in grösster Aufregung aufgenommen. Sie schreit meist, gesticulirt mit den Händen in der Luft herum: spricht nur per «Du» und in gezierter Form, meist in Notizenform mit lauter Infinitiven. Oft kommt sie in religiöse Extase, hält sich für eine Heilige, dazwischen kommt sie in's Schimpfen hinein, wenn ihren Befehlen nicht Folge geleistet wird. Hin und wieder erotische Aufregung. Nahrungsverweigerung (sie dürfe nicht essen, der Heiland wolle es nicht).

Benommenheit nicht vorhanden, giebt über Dauer und Entstehung richtige Angaben. Kein Fieber (Abends 37,1).

26. XI: Pat. ist Nachts meist ruhig, nimmt heute etwas Nahrung zu sich. Sonst keine Aenderung im Status.

28. XI: Schlaf und Appetit gut. Viel Husten. Anhaltendes Schwatzen, spricht gern von ihrer Verlobung und Hochzeit in gezierter Manier.

13. XII: Seit einigen Tagen ruhiger, vernünftiger geworden, aber immer noch viel mit religiösen Dingen beschäftigt (angeblich von jeher). Sonst wieder normal. Entlassung.

Fall IX. Louise Sch. 35jährige Obsthändlerin. Aufgen. d. 2. IV 1883.

Bei Gelegenheit einer Typhusepidemie erkrankten 7 Mitglieder der Familie, darunter auch die Pat. Es sollen alle stark deliriert haben.

Pat. hatte in letzter Zeit viel mit Kummer und Nahrungssorgen zu kämpfen, nachdem sie der Mann vor 2 Jahren verlassen hatte. — Seit 3 Wochen Erkrankung mit Frost, Husten, Stechen in der rechten Seite.

Am 31. III in die medicinische Klinik aufgenommen, mit hohem Fieber (40,0), gelbröthlichem Sputum, Stechen in der rechten Seite. — Anfangs keine psychischen Symptome.

2. IV Mittags Beginn der Psychose: zerbrach das Thermometer, schlug der Wärterin in's Gesicht, sprang auf, wollte zum Fenster hinausspringen. Hierauf sofortige Verlegung nach der psychiatrischen Klinik.

Sie zeigte sich hier leidlich ruhig, antwortete entsprechend, sagte aber, man wollte sie vergiften, und sollte auf sie geschimpft haben.

Untersuchungen der Lunge ergiebt rechts hinten oben handgrosse Dämpfung, Rasseln, bronchiales Athmen.

Temperatur 39,4

Puls 120, kräftig.

Zunge trocken, belegt.

3. IV: Pat. völlig ruhig, doch von ihrem Wahn überzeugt.

8. IV: Pat. ist immer misstrauisch gegen ihre Umgebung. Keine Delirien. Temperatur schwankt zwischen 39,4—40,1.

9. IV: In der Nacht wurde Pat. wieder sehr aufgeregt.

Gesichtshallucinationen. Krise (39,9—37,1). Weigert sich Medicin zu nehmen, meint, man wolle sie vergiften, im Uebrigen ist sie weder benommen noch verwirrt.

10. IV: Abermalige Aufregung mit religiösen Wahnideen. Auch meinte Pat. sie müsse sterben.

11. IV: Wiederholung obigen Anfalls in der Nacht.

Dämpfung und Bronchialathmen noch vorhanden. — Hallucinationen und ungemein launische unzufriedene Stimmung.

14. IV: Gestern wieder Angstparoxysmen, sont ruhiger. Pat. lacht über ihre Vergiftungsideen. Dämpfung heller, Bronchialathmen geschwunden. Husten noch vorhanden.

17. IV: Pat. ist immer noch etwas ängstlich, sonst aber ruhig. Gestern $^1/_2$ Stunde ausser Bett zugebracht.

22. IV: Dämpfung nicht mehr vorhanden. — Pat. glaubt heute wieder, man habe ihr nach dem Leben getrachtet.

28. IV: Körperlich erholt.

Auf dringenden Wunsch wird sie entlassen. Macht entschieden einen leicht schwachsinnigen Eindruck.

Fall X. — Marie G. 57jährige Wäscherin. Aufgen. den 17. II 1885.

Pat. hatte früher nach ihrer eigenen Aussage sich der Prostitution ergeben, später diente sie als Magd, einmal auch als Pförtnerin in einem öffentlichen Hause. Vor 8 Jahren war sie schon einmal in der psychiatrischen Klinik wegen eines aufgeregten Zustandes. Auch war sie auf der syphilitischen Klinik behandelt worden. — Offenbar hat Pat. draussen viel getrunken, besonders Schnaps.

Sie erkrankte an einer centralen Pneumonie. Bei dem am 15. II erfolgten Fieberabfall erfolgte der Ausbruch eines Deliriums, wesshalb sie in die psychiatrische Klinik aufgenommen wurde.

Bei der Aufnahme befindet sich Pat. in grosser Aufregung, meinte man wolle sie umbringen, — als sie Medicin erhielt, man wolle sie vergiften; erzählt aus ihrem früheren Leben Allerhand laut in den Saal hinein.

Temperatur 38,3.

18. II: Hinten links Dämpfung nachweisbar, bronchiales Athmen deutlich. Heftige Schmerzen in der linken Seite, viel eitriger Auswurf. Pat. glaubt immer noch man wolle sie vergiften. Keine Hallucinationen.

3. III: Pat. befindet sich körperlich auf dem Wege zur Besserung; psychisch ist sie beinahe vollständig gebessert, spricht nur hin und wieder vom Tode.

Fall XI. — Alexander B. 57jähriger Rebmann. Aufgen. d. 21. III 1884.

Ein entfernter Verwandter geisteskrank. — Pat. früher gesund, trank ziemlich viel. — Vor ungefähr 3 Wochen erkrankt an einer linksseitigen Pneumonie; am 8. Tage Krisis. Einige Tage darauf plötzlich in der Nacht Auftreten von Delirien, Gesichts- und Gehörshallucinationen, religiösen Wahnideen, Angst vor Vergiftung. Im Spital seines Heimathsortes wurde er aggressiv gegen die Schwester.

Bei der Aufnahme in die psychiatrische Klinik ist Pat. fieberfrei, Lungen ohne Befund. Tremor, grosse Unruhe, anhaltendes Reden; Erzählen von Traumscenen; anscheinend keine Hallucinationen.

24. III: Pat. hat noch zahlreiche Illusionen und Vergiftungsideen. Motorische Unruhe sehr stark ausgesprochen.

27. III: Andauerndes Schwatzen. Auftreten von religiösen Wahnideen, daneben intensiver Verfolgungswahn.

5. IV: Seit mehreren Tagen Zustand beinahe ganz gebessert; gewisse Muscelunruhe noch vorhanden.

Erysipelas.

Fall XII. — Philomele Sch. 20jährige Magd. Aufgen. d. 11. VII 1883.

Ein Stiefbruder der Mutter ist idiotisch; eine Mutterschwester leidet an heftigen Migräneanfällen. — Pat. von jeher kränklich und schwächlich, seit einigen Jahren bleichsüchtig, litt viel an Magenkrämpfen; will vor 3 Jahren eine Nierenentzündung durchgemacht haben; Oedeme bestanden dabei nicht. Periode regelmässig, ohne Molimina.

Pat. soll den ganzen vorigen Winter melancholisch gewesen sein, sah oft lange stier und gedankenlos vor sich hin. Sie schiebt dies auf Uebermüdung.

Am 28. VI wegen Bursitis praepatellaris in die chirurgische Klinik aufgenommen. Nach Heilung der Incisionswunden Auftreten eines Erysipelas faciei. Fieber bis 40,5. 3 Tage darauf mussitirende Delirien, die jedoch nach Application der Eisblase auf den Kopf verschwanden.

Am 11. Krankheitstage Collapsus criticus (36,2). Hierauf Beginn eines Delirium decremati.

Pat. spricht affectirt, geziert, ist in gehobener Stimmung; sie will absolut fort nach America, da sie eine Depesche bekommen hätte. Nachts starke Hallucinationen. — Bei der Aufnahme in die psychiatrische Klinik ist das Erysipel im Stadium desquamationis. Pat. selbst giebt gute Auskunft, nur für die Daten der letzten Zeit ist sie etwas schwerbesinnlich.

12. VIII. Nach guter Nacht ist Pat. völlig einsichtig, lacht über ihre Ideen. Grosse Mattigkeit. — In den folgenden Tagen erfolgten noch einige Temperatursteigerungen durch Fortkriechen des Erysipelas auf die Arme.

Sehr langsame körperliche Erholung, leichte Schwerbesinnlichkeit.

Entlassung nach der chirurgischen Klinik.

Fall XIII. — Johann Philipp Sch. 18jähriger Schumacher. Aufgen. d. 10. III 1882.

Eine ältere Schwester dauernd irr.

Pat. war fleissig und ordentlich, war aber mit seinem Handwerk nicht recht zufrieden, desshalb oft melancholisch, grübelnd zurückgezogen. Er war kein Trinker, über Onanie nichts bekannt.

Vor 6 Tagen Einsetzen einer Rose von der Nase bis zum Sternum und über den Hinterkopf. Heute Mittags ist er plötzlich ganz ausser sich, verzweifelt, glaubt sterben zu müssen, hat Todesangst, spricht ohne Unterlass.

Bei der Aufnahme Abends findet man die Rose im Stadium der Abschuppung. Keine psychischen Abnormitäten.

11. III: Des Morgens wiederholt sich obenerwähnter Anfall. Klagen über Kopfschmerzen, Hitze und Durst.

Temperatur: 38,5-40,3.

Puls: 110-120.

12. III: Heute Morgen Stupor, Reactionslosigkeit. Mund wird offen gehalten. Später kommt Pat. etwas zu sich, äusserst grosse Angst.

Temperatur: 38,0-39,4.

Puls: 130.

13. III: Am Morgen wiederholt sich obiger Anfall. Abends kritische Erscheinungen, Pat. bleibt dabei vernünftig, klagt nur über starken Schweiss und Schwäche.

Temperatur: 37,9-37,8,

15. III: Heute keine besonderen Erscheinungen, ausser leicht sentimentalem kindischem Wesen. Kein Fieber.

16. III: Entlassung auf die medicinische Abtheilung.

Fall XIV. — Johann Sch. 25 jähriger Krankenwärter. Aufgen. d. 20. IV. 1882.

Mutter irr im späteren Alter. Schwester wegen hysterischer Anfälle längere Zeit auf der psychiatrischen Klinik gewesen.

Pat. war von jeher kränklich und schwächlich, kein Potator.

Vor 1 1/2 Jahren Erysipelas nasi.

Am 11. IV heftiger Schüttelfrost, hohes Fieber, Einsetzen eines Erysipelas faciei von der linken Ohrmuschel ausgehend.

Am 14. IV: Aufnahme in die innere Klinik. Die Rose verbreitete sich auf die Kopfhaut. Febris continua, 39,6-40,5. Im Urin viel Eiweiss.

In der Nacht vom 16. auf den 17. fing Pat. an zu faseln, habe Visionen gehabt, dabei traten Muscelzuckungen auf am Arm und Handrücken.

19. IV: Pat. ist ganz verwirrt, äussert Verfolgungsideen.

Gegen Nachmittag erkennt er Niemanden, spricht und lärmt fortwährend. Nahrungsverweigerung.

Bei der Aufnahme in die psychiatrische Klinik zeigt Pat. Grössenwahnideen und Angstparoxysmen, hin und wieder auch erotische Aufregung.

Dieser Zustand dauert an.

22. IV: Starke Agitation; Pat. kann nicht gemessen werden. Pathetisches Auftreten.

23. IV: Stasus idem.

Temperatur 39,0-38,7.

24. IV: Krise. Pat. ist sehr schwach, sonst aber vernünftig, erkennt seine Umgebung.

Verlegung auf die innere Abtheilung.

Bronchitis febrilis.

Fall XV. — Sophie Pf. 28jährige Holzhändlersfrau. Aufgen. d. 19. IV 1884.

Mutter war 42 Jahre alt, als Pat. geboren wurde. Ein Bruder starb an Phtise.

Pat. war von jeher sehr schwach und kränklich. Im 8. Jahre bekam sie auf Schreck (als ein Hund auf sie gehetzt wurde) 1 1/2 Jahr dauernde nervöse Affection. Regel begann im 15. Jahre. Langdauernde Bleichsucht. — Kindbetten normal, konnte aber wegen Schwäche nicht die Kinder selbst nähren.

Seit ungefähr 3 Jahren chronische Brustaffection.

Jetzige Erkrankung vor 3 Wochen in Form einer fieberhaften rechtsseitigen Lungenaffection mit zahlreichem grünlichen Sputum; vor 3 Tagen Entfieberung und Beginn der Psychose: Aufregung mit vollständiger Verwirrtheit; Verfolgungsideen, Angstparoxysmen.

Bei der Aufnahme kein Fieber, ziemlich viel Husten. Ueber beiden Lungen Rasseln und Pfeiffen. Pat. zeigt ängstlichen gespannten Gesichtsausdruck, läuft triebartig herum, macht Dreh-, Tanz- und Complimentirbewegungen. Auf Fragen giebt sie keine Antworten oder (sehr selten) erwiedert ganz sinnlose Worte, weigert sich Nahrung zu nehmen.

Dieser Zustand dauert an.

23. IV: Schwächeanfall, der jedoch bald schwindet. Der psychische Zustand zeigt wenig Aenderung.

1. VII: Seit einigen Tagen rasche Besserung. Es besteht aber immer noch starke und wechselnde Affecterregbarkeit,

öfters auch noch leichte Angstzustände, die die Pat. zum Weinen bringen.

Entlassung.

Phthisis acuta.

Fall XVI. — Marie D. 23jährige Fabrikarbeiterin. Aufgen. d. 25. II 1882.

Muttersbruder leicht gestört. Vater starb an Phthise.

Pat. in der Jugend stark scrophulös (Ophtalmieen, Drüsenabscesse am Halse), so dass ihre Erziehung vernachlässigt wurde. Sie war immer launischen und kindischen Charakters.

Am 20. I erkrankte Pat. an einer schweren Pneumonie. Am 3. Tage der Krankheit traten Delirien auf, welche allmählig zunahmen.

Keine Krise. Am 14. Tage kam sie ins Spital mit starker Aufregung, die nachher etwas abgenommen hat. Continuirliches Fieber 38,3-38,4.

Am 25. II: Aufnahme in die psychiatrische Abtheilung. Pat. ist äusserst anaemisch, abgemagert.

R. H. U. ziemlich ausgebreitete Dämpfung, zahlreiche Rasselgeräusche von klingendem Character Diarrhoe.

Pat. spricht anhaltend, meist Verfolgungsideen, ist stets in Agitation. Auf Fragen giebt sie meist confuse Antworten.

28. II: Pat. ist ziemlich collabirt

Temperatur: 36,1

Puls: 160, sehr schwach.

Dabei immer noch Agitation. Weigert sich Nahrung zu nehmen.

3. III: Mässiges Fieber (38,3). Pat. widersetzt sich nicht mehr sehr stark der Fütterung, sonst status idem.

4. III: Incision eines grossen Senkungsabscesses am anus, es entleert sich eine grosse Menge Eiters. Agitation immer noch vorhanden.

6. III: Obwohl Pat. sehr schwach ist, agitirt sie immer noch, äussert ihre alten Verfolgungsideen, will fort, nach Hause und ist widerstrebend; nimmt nur minimale Nahrung zu sich; hustet viel, bringt aber kein Sputum zum Vorschein.

Rechte Lungenspitze stark gedämpft. Stuhl (diarrhoisch) wird ins Bett gelassen.

Decubitus am os sacrum; Athmung oft stertorös. Fieber anhaltend.

9. III: Unter Anhalten obiger Erscheinungen tritt ganz plötzlich der exitus letalis ein, nachdem Pat. vorher noch Milch verlangt hatte.

Section: An der Schädelbasis ziemlich viel klare Flüssigkeit. Die Dura fest angewachsen an die Schädelwand. Pia ungemein blass. An den Lungen Oedem, die rechte fast ganz infiltrirt, an deren Spitze 2 Cavernen. — Im rechten kleinen Beckenraum grosse Höhle, welche sich längs des Rectum fortsetzt. Schleimhaut des Rectum geröthet mit Defecten auf der Höhe der Falten. — Am Halse verkalkte Lymphdrüsen.

Bei der Durchmusterung der eben angeführten Krankengeschichten findet man, dass in der Anamnese beinahe aller Fälle Momente sich vorfinden, welche für bas Vorhandensein einer Prädisposition sprechen.

Der besseren Uebersicht wegen wollen wir im Folgenden kurz jene prädisponirenden Momente wiederholen.

I. Körperliche Abschwächung durch langdauernde Unterleibsleiden, durch mehrere abnorme Geburten; später Auftreten von maniakalischen Ausbrüchen in Folge eines Bisses durch einen wüthenden Hund.

II. Nervöse Schwäche (wogegen Bromammonium genommen wurde).

III. Heredität (wahrscheinlich); Vatersbruder litt an melancholischen Anfällen.

IV. Ererbte Nervosität; Vater war sehr nervös, jähzornig; Ueberanstrengung auf der Schule.

V. Mässiger (?) Alcoholgenuss.

VI. Heredität (wahrscheinlich), Schwester der Mutter geistesgestört; Hysterie, Nervosität, Ueberanstrengung.

VII. Nervöse Affection von Kindheit an, starke Reizbarkeit. Delirien bei vorausgegangenen febrilen Erkrankungen (Mastitis, Typhus), Ernährungssorgen.

VIII. Heredität (wahrscheinlich), Mutterschwester hatte einen Anfall von Verwirrtheit; Beschäftigung mit religiösen Dingen, mehrmaliger Raptus melancholicus.

IX. Auftreten von Delirien im Verlauf eines durchgemachten Typhus (bei 7 Familiengliedern, darunter der Pat., dieselbe Erscheinung); Kummer und Nahrungssorgen.

X. Alcoholmissbrauch und Excesse in venere.

XI. Alcoholmissbrauch.

XII. Schwächliche Körperconstitution; später melancholische Stimmung, Ueberanstrengung bei der Arbeit.

XIII. Heredität (wahrscheinlich), eine ältere Schwester dauernd irr). Unzufriedenheit mit dem Handwerk, in Folge deren melancholische Stimmung.

XIV. Heredität, Mutter ist im späteren Alter geisteskrank gewesen, Schwester hysterisch.

XV. Von jeher neuropathische Erscheinungen, Impressionabilität, Reizbarkeit. Im 8. Lebensjahre erfolgte auf Schreck eine $1^1/_2$ Jahr dauernde nervöse Schwäche; Mutter war bei der Geburt der Pat. 42 Jahr alt.

XVI. Scrophulose, vernachlässigte Erziehung.

Wir sehen hieraus, dass in 5 Fällen Heredität, allerdings mit Sicherheit in einem Falle nur (XIV), in 4 anderen Fällen (III, VI, VIII, XIII) mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann. Alcoholmissbrauch fanden wir in 2 Fällen (X, XI), vielleicht auch im Fall V. In den übrigen war es körperliche Schwäche, Kummer und Nahrungssorgen, dann vor Allem Nervosität oder bereits vorausgegangene psychische Alienationszustände, welche in einem Falle auf Schreck (XV), in einem anderen (I) in Folge eines Bisses durch einen wüthenden Hund aufgetreten sind. Bei mehreren Fällen liess sich ein Zusammenwirken von verschiedenen der oben genannten Momente constatieren.

Aus dieser Zusammenstellung und der Thatsache, dass wir bei fast allen unseren Fällen prädisponirende Momente nachzuweisen im Stande waren, geht deutlich hervor, dass die Bedeutung der Prädisposition bei der Aetiologie der in Frage stehenden Psychosen eine nicht zu unterschätzende ist. Wir finden darin einen Beleg für die von Müller erörterte Anschauung, dass die acuten fieberhaften Erkrankungen nur occasionelle Ursachen zu den in Gefolge derselben auftretenden psychischen Störungen sind, während als das hauptsächlichste aetiologische Moment in den meisten Fällen, die Prädisposition, sowohl die ererbte als auch die acquirirte, angesehen werden muss. —

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, die angenehme Pflicht zu erfüllen, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Prof. Dr. Jolly, für die Ueberweisung des Themas und für seine gütigen Rathschläge, meinen innigsten Dank auszusprechen.

Es sei mir an dieser Stelle gestattet, die angenehme Pflicht zu erfüllen, meinem Doktorvater Lehrer, dem Herrn Prof. Dr. Lolly, für die Ueberweisung des Themas und für seine gütigen Ratschläge, meinen innigsten Dank auszusprechen.